



# Aplicación Plan de Salud de Indiana

Forma Estatal 53422 (R/7-08) / HIP 2515S



\*DFRIHBS01\*

\*Esta agencia requiere conocer el Número de Seguro Social de acuerdo al IC 4-1-8-1; Este requerimiento es necesario y este registro no puede ser procesado sin dicha información



El Plan de Salud de Indiana HIP- es un plan medico de beneficios para adultos. El HIP provee un paquete global de beneficios a través de aseguradoras privadas. Los miembros de HIP aportan una cantidad mensual a una cuenta para cubrir una parte de los gastos. Los miembros que no realicen sus pagos mensuales se darán de baja y no podrán volver a aplicar por un periodo de 12 meses.

Nota: Las mujeres embarazadas y los menores de edad no deben completar esta aplicación, deben utilizar la Aplicación Hoosier Healthwise. Llame al 1-877-GET HIP 9 (1-877-438-4479) para obtener una copia de la Aplicación Hoosier Healthwise.

1. Si necesita ayuda para seleccionar un plan de salud, por favor llame al 1-877-438-4479. Por favor seleccione el plan de salud marcando en la casilla correspondiente a la opción seleccionada.

Anthem Blue Cross & Blue Shield       MDwise con AmeriChoice

2. ¿Cuales miembros adultos de su familia viven con usted? Indique en la última columna si la persona esta aplicando para HIP.

Nombre (Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	# de Seguro Social	Estado Civil M/D/S	Raza	Sexo M/F	Parentesco con Apicante #1	Ciudadano Americano SI / No	Esta persona esta aplicado al HIP ✓
Adulto / Apicante #1						Mismo		
Adulto / Apicante #2								

3. ¿Cuantos menores de edad viven con usted?

Nombre (Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	# de Seguro Social	Apicante #1 es el custodio de este menor Si/No	Apicante #2 es el custodio de este menor Si/No	Raza	Sexo M/F	Ciudadano Americano Si/No
Menor #1							
Menor #1 Parentesco con Apicante #1:			Menor #1 Parentesco con Apicante #2:				
Menor #2							
Menor #2 Parentesco con Apicante #1:			Menor #2 Parentesco con Apicante #2:				
Menor #3							
Menor #3 Parentesco con Apicante #1:			Menor #3 Parentesco con Apicante #2:				
Menor #4							
Menor #4 Parentesco con Apicante #1:			Menor #4 Parentesco con Apicante #2:				

Llenado por el Centro de Inscripciones:

Fecha de Aplicación:(mm, dd, aaaa) \_\_\_\_\_ Código del Centro: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_





4. ¿Cuántos miembros de su familia viven en su casa? \_\_\_\_\_

5. E-mail de Apicante: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

6. Díganos su dirección y número telefónico.

Dirección de Habitación:	Ciudad	Estado	Código Postal	País	Número Telefónico
Dirección de Correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	País	Número Telefónico

7. ¿Viven todos los Aplicantes en el Estado de Indiana?  Sí  No

8. ¿Alguno de los Aplicantes paga por el cuidado de menores o de una persona mayor o con incapacidad con el propósito de trabajar, buscar trabajo o estudiar?  Sí  No

Si respondió SI a la pregunta # 8, ¿la persona por la que se paga por el cuidado vive en su casa?  Sí  No

Si respondió NO pase a la pregunta # 9. Por favor indique el monto pagado por usted, no los gastos de una persona que no viva con usted o de una agencia de asistencia o de cuidado de menores que coopere con el pago.

Numero de Apicante:	Nombre de la persona por la que se paga por el cuidado:	Periodo de pago	Monto pagado
Nombre de la persona que suministra los cuidados:		Dirección del proveedor (calle, número, ciudad, estado, país y código)	

9. Complete esta sección para cada Apicante que no sea Ciudadano de los Estado Unidos.

1. Residente Permanente Legal      3. Asilo Político Concedido      5. Libertad Condicional      7. Indocumentado  
 2. Refugiado      4. Entrante Cubano/Haitiano      6. Asiático-Americano      8. Otro (especifique)

Número de Apicante:	Número de Documento	Estado migratorio (indique número)	Fecha de estado migratorio MM/DD/AA	País de origen	Fecha de entrada a los Estados Unidos. (MM/DD/AA)

10. Para cada Apicante, por favor suministre la siguiente información.

	Indique si es invidente o incapacitado √	Indique si esta embarazada √	¿Tiene seguro de salud con su empleador? (seleccione la opción)	¿Esta actualmente cubierto por un seguro de salud? (seleccione la opción)	Ultima fecha de su cobertura de salud (MM/DD/AA)	Razón por la que no continua su cobertura: Perdida del empleo, falta de pago, limite alcanzado, empleador termino la cobertura, pariente termino la cobertura, divorcio, otro
Apicante #1			Si / No	Si / No		
Apicante #2			Si / No	Si / No		





**11. Indique el ingreso laboral de cada Aplicante:**

Aplicante #1	Aplicante #2
Fecha de inicio (MM/DD/AA)	Fecha de inicio (MM/DD/AA)
Fecha de Vencimiento	Fecha de Vencimiento
Monto total de Ingreso por periodo \$	Monto total de Ingreso por periodo \$
¿Periodo de pago? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otra: _____	¿Periodo de pago? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otra: _____
¿Horas que trabaja por semana?	¿Horas que trabaja por semana?
¿Trabaja por su propia cuenta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja por su propia cuenta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Varían las horas que trabaja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Varían las horas que trabaja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador y número telefónico	Nombre del empleador y número telefónico

**12. Díganos si usted o miembros de su familia reciben otros ingresos diferentes a los mencionados a continuación:**  
 Si no se reciben ingresos adicionales, ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

<b>A)</b> Indemnización del Seguro Social SSI	<b>F)</b> Asignación Militar	<b>K)</b> Pago de dividendos	<b>O)</b> Ayuda para menores
<b>B)</b> Seguridad Social	<b>G)</b> Desempleado	<b>L)</b> Ingreso Educativo	<b>P)</b> Ingreso por menores empleados
<b>C)</b> Beneficios de vejez	<b>H)</b> Pensión alimenticia	<b>M)</b> Dinero de familiares, amigos, etc.	<b>Q)</b> Otro: _____
<b>D)</b> Retirado del Ferrocarril	<b>I)</b> Beneficios por Enfermedad	<b>N)</b> Compensación laboral	
<b>E)</b> Pensionado	<b>J)</b> Beneficios por Huelga		

¿Quién recibe los beneficios? (especifique # del Apicante o # del menor)	¿Qué tipo de beneficio? (Utilice la letra que corresponda de la lista anterior)	¿Frecuencia con la que se reciben los beneficios?	¿Cuándo comenzó el beneficio?	¿Monto del beneficio?

**13. Lea cuidadosamente, luego firme y coloque la fecha. Certifico bajo pena de perjurio, que toda la información que aquí suministro es completa y correcta en el mejor de mi conocimiento. Por este medio asigno al Estado de Indiana, mis derechos de cobertura médica y pagos para cuidados médicos, y de las personas que se mencionan en esta Aplicación, cuyos derechos yo puedo asignar legalmente.**

Firma Apicante #1 : \_\_\_\_\_ Fecha: (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

Firma Apicante #2 : \_\_\_\_\_ Fecha: (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

Firma del testigo si firmaron con una "X": \_\_\_\_\_





### CUESTIONARIO DE SALUD

(Esta forma debe ser llenada y firmada para que la Aplicación sea considerada como completa)

Por favor conteste honestamente "Si" o "No" a las siguientes preguntas marcando la casilla correspondiente. Esta información será utilizada para determinar si es elegible de cobertura por el Plan de Servicio Ampliado. Este plan ofrece un grado superior de cuidado medico coordinado, para personas con necesidades de cuidados especiales de salud. Si es elegible para el Plan HIP, la cobertura no podrá ser negada basada en una condición médica. Respuestas afirmativas a las siguientes preguntas no garantizan la obtención de la cobertura médica.

Para cada una de las preguntas marque únicamente una respuesta para cada Apicante	Apicante #1	Apicante #2
<b>14.</b> ¿En los últimos tres años ha sido usted diagnosticado o tratado activamente de un cáncer interno? Incluyendo pero no limitando a cáncer del cerebro, cabeza o cuello, garganta, esófago, laringe, pulmón, pecho, estomago, intestino, colon, páncreas, hígado o ductos biliares, ovarios, próstata, testículos, vejiga, huesos y sangre.	Si / No	Si / No
<b>15.</b> ¿Ha sido receptor de un transplante de órgano incluyendo corazón, pulmón, hígado, riñón o médula ósea?	Si / No	Si / No
<b>16.</b> ¿Esta actualmente en lista de espera para un transplante de alguno de los órganos arriba mencionados o ha sido recomendado que se realice un transplante dentro de los próximos 12 meses?	Si / No	Si / No
<b>17.</b> ¿Ha sido diagnosticado o advertido por un profesional médico que tiene HIV, AIDS o el virus que causa AIDS?	Si / No	Si / No
<b>18.</b> ¿Ha tomado o se encuentra actualmente tomando medicamentos para el HIV, SIDA o el virus que causa el SIDA?	Si / No	Si / No
<b>19.</b> ¿Ha sido usted diagnosticado de padecer de Anemia Aplastica?	Si / No	Si / No
<b>20.</b> ¿Requiere de continuas transfusiones de sangre debido a alguna condición médica?	Si / No	Si / No
<b>21.</b> ¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por hemofilia o cualquier otra enfermedad sanguínea, incluyendo enfermedad de Von Willebrand, o desordenes congénitos de los factores VIII?	Si / No	Si / No

#### AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE INFORMACION MEDICA

Autorizo e instruyo al proveedor de los servicios medicos nombrado en esta forma para que entregue mi información medica a la Administración de Servicios Sociales y familiares de Indiana (FSSA) incluyendo a las compañías y personas contratadas por el Plan de Salud de Indiana, esta información comprende; mi cuidado medico actual, tratamientos y/o recomendaciones medicas, registros de cuidados, diagnósticos, información sobre medicamentos, HIV o AIDS, si esto es necesario para la determinación de mi elegibilidad para recibir los beneficios del Plan de Servicio Ampliado HIP y administrar estos beneficios.

Autorizo que una copia, o copia enviada vía fax pueda ser utilizada para obtener la información que se requiera.

Doy mi consentimiento para que se suministre mi número de Seguro Social. Entiendo que esta información esta protegida bajo confidencialidad Federal y Estatal y regulaciones de privacidad y que no puede ser transmitida sin mi autorización escrita, a menos que la ley lo autorizara de otra manera. Entiendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, de ocurrir, la revocación de esta autorización no afectara ninguna acción previa a la revocación.

Esta autorización expirará catorce (14) meses después de la fecha de la firma o a la terminación de la cobertura, lo último que ocurra, a menos que sea expresamente revocada por mí.

Firma Apicante #1 : \_\_\_\_\_ Fecha: (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

Nombre Impreso Apicante #1 \_\_\_\_\_

Proveedor, dirección y teléfono Apicante # 1: \_\_\_\_\_

Firma Apicante #2 : \_\_\_\_\_ Fecha: (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

Nombre Impreso Apicante #2 \_\_\_\_\_

Proveedor, dirección y teléfono Apicante # 2: \_\_\_\_\_

Toda la información será tratada confidencialmente de acuerdo al 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 42 CFR 431 Fracción F y 45 CFR 164 Fracción E.





## Informacion Para Comenzar

Adjunto encontrara la aplicación para el Plan de Salud de Indiana (HIP), un nuevo programa de cobertura de salud para adultos de edades comprendidas entre 19 y 64 años. Los pasos para seguir al solicitar el Plan (HIP) están detallados a continuación.

### Paso # 1: Complete y firme la aplicación

Conteste **TODAS** las preguntas honesta y completamente al mejor de su conocimiento, inclusive el Cuestionario de Salud. Utilice únicamente tinta color negra o azul.

Envíe una copia de al menos uno de los documentos enumerados abajo como la prueba de la información en su Aplicación, (una prueba de cada uno) el envío de estos documentos ayudará al procesamiento rápido y efectivo de su Aplicación. Escriba su nombre y número de Seguridad Social en todas las copias de documentos que envíe con su Aplicación.

Para dar prueba de...	Envíe por cada Apicante....
Identidad	Licencia de conducir, documento de identificación emitido por el estado o carnet estudiantil. Si otra persona esta actuando en su nombre esta deberá también presentar identificación.
Ciudadanía Americana	Certificado de nacimiento, Certificado de la Naturalización, Certificado de Ciudadanía, pasaporte de Estados Unidos si este no fue emitido con restricciones.
Dinero recibido por el aplicante, cónyuge e hijos dependientes que residen en la misma casa	<b>Ingresos:</b> Talonarios o cheques de pago o declaración del empleador del mes en curso. <b>Terminación de empleo:</b> Declaración del último empleador con información acerca de la fecha de empleo y razón para la terminación. <b>Trabajadores por cuenta propia:</b> última declaración del Impuesto sobre la renta debidamente firmada o expedientes personales. <b>Ayuda para menores, Ingreso por Seguro Social, VA, SSI, Compensación laboral, incapacidad, pago por enfermedad, desempleo u otros beneficios:</b> Orden judicial, carta de asignación o cualquier otra prueba de pago de la entidad o persona que emite el pago. <b>Prestamos, regalos, o contribuciones:</b> El pagaré, acuerdo del préstamo o declaración de la persona que entrego el dinero, incluyendo nombre, dirección, número de teléfono, firma y fecha.
Tutela o Poder	Si alguien tiene la autoridad legal para actuar en su nombre proporcione una copia del poder, de la orden de tutela, el mandato judicial o documentos similares.
Estatus Migratorio	Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos debe presentar una copia de su tarjeta de identificación de su país, tarjeta de residente permanente o cualquier otra documentación de la Oficina de Ciudadanía e Inmigración. (Anteriormente INS).

Paso # 2: Devuelva la aplicación. Usted nos puede devolver su aplicación completada y otros documentos por:

Correo al Centro de Documentación: FSSA Document Center Apartado de correos 1630 / Marion, IN 46952; o

Fax al Centro de Documentación al 1-800-403-0864; o

Lleandola a una oficina local de FSSA DFR. Para encontrar una oficina local, visite nuestro sitio de Internet [www.in.gov/fssa/dfc](http://www.in.gov/fssa/dfc) o llame gratis al 1-800-403-0864.

Paso # 3: Coopere con nuestros pedidos de más información o entrevistas. Nosotros le contactaremos por teléfono o correo si necesitamos información o documentación adicional para completar su aplicación. Por favor responda rápidamente a pedidos de información adicional para que podamos procesar su aplicación.





## **INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PLAN DE SALUD DE INDIANA**

**Mantenga esta información para sus registros. No la mande con su aplicación.**

### Los beneficios bajo el Plan Sano de Indiana (HIP)

El Plan Sano de Indiana proporciona seguro de enfermedad al alcance de adultos elegibles. Los miembros matriculados mantienen sus beneficios de HIP por 12 meses continuos aún si cambian los ingresos o el tamaño de la familia. Los miembros deben vivir en Indiana y no tener acceso a otro seguro de salud. Los beneficios son proporcionados por compañías privadas de seguro y por el Plan de Servicios Ampliados del estado (ESP) para miembros que tienen necesidades médicas complejas. Usted puede seleccionar su plan de la salud en la primera página de la aplicación, o usted puede llamar la Línea de HIP 1-877-GET-HIP-9 (1-877-438-4479) para obtener información adicional acerca del plan y registrar su selección. Si usted no selecciona un plan de salud, uno será seleccionado para usted. Los miembros con necesidades complejas de asistencia médica serán asignados al plan (ESP) para que puedan tener acceso a los servicios ampliados de administración de la enfermedad y a las redes especializadas. Una condición de salud del aplicante no tendrá relación con la decisión de elegibilidad de (HIP). Si FSSA determina que el plan (ESP) no es el plan apropiado de salud, el miembro será transferido a otro plan. Los beneficios no terminarán durante el tiempo de transición mientras es cambiado del plan (ESP) a otro plan de salud de (HIP). Los miembros de (HIP) tienen una cuenta denominada POWER con un monto de \$1100 que será utilizado para pagar por sus gastos iniciales de asistencia médica.

El Estado contribuirá a la cuenta y los miembros pagan un pequeño porcentaje de sus ingresos (2% -5%) según una escala móvil basada en los ingresos de la familia. Cuando una aplicación es aprobada, el nuevo miembro es notificado por escrito de la cantidad del a su cuenta POWER. Su pago de la cuenta POWER permanecerá igual durante el período de 12 meses de la matriculación a menos que usted informe de un cambio y solicite específicamente que su pago se calcule de nuevo. Durante el período de 12 meses de la matriculación, usted puede solicitar un cálculo nuevo sólo debido a cambios en sus ingresos. Esta limitación no aplica a cambios en el tamaño de la familia. Usted debe hacer su contribución a la cuenta POWER cada mes. La falta de pago puede resultar en la terminación del programa, y una vez que haya terminado el programa debido a falta de pago, la persona no podrá regresar al programa por 1 año.

**Para Información Adicional sobre el Plan de Salud de Indiana (HIP), llame a la línea de Asistencia telefónica al 1 (877) GET-HIP 9 (438-4479)**

### Sus Derechos y Responsabilidades como un Aplicante y Miembro de (HIP)

1. Una vez que su aplicación firmada es recibida, las reglas Federales nos permiten 45 días para tomar una decisión sobre su elegibilidad. Nosotros le mandaremos una nota escrita que explica si usted califica para (HIP). Usted puede apelar y puede tener una audiencia si usted no esta de acuerdo con cualquier decisión en su elegibilidad o si su aplicación no es procesada en 45 días.
2. La información que usted da en la aplicación es mantenida confidencial bajo el estado y la ley federal.
3. Un número del seguro social (SSN) debe ser suministrado para cada aplicante que tenga legalmente un número. Un aplicante que no tenga número debe solicitar uno. Su número de Seguridad Social sera utilizado para verificar la información mantenida por la Administración de la Seguridad Social, por la Hacienda Pública (Internal Revenue Service-IRS), por el Departamento del Trabajo y por otras agencias del Estado y Federales. Pedimos el numero de Seguridad Social de miembros de la familia que no estén solicitando (HIP) para propósitos de identificación; sin embargo usted no esta obligado a proporcionar el número.





## Aplicación Plan de Salud de Indiana

Forma Estatal 53422 (R/7-08) / HIP 2515S



\*DFRIGBS03\*



4. La elegibilidad para los beneficios es estudiada sin consideración de raza, color, sexo, edad, el origen o nacionalidad. Preguntamos por su grupo racial-étnico para cumplir con la ley Civil y Federal, sin embargo usted no esta obligado a proporcionar esta información. Si usted escoge no proporcionar esta información, nosotros indicaremos una categoría de pertenencia étnica o racial con el propósito de coleccionar datos.
5. Cierta información dada en su aplicación, tal como sus ingresos deben ser verificados. Si usted no puede conseguir los papeles necesarios, usted necesitará firmar una forma de liberación para que nosotros podamos conseguir esa información para usted.
6. Usted debe proporcionar información exacta. Una persona que da información falsa o tergiversa la verdad comete un crimen y puede ser procesado bajo la ley federal, el estado, o los dos. El monto de beneficios recibidos por una persona que no es elegible para recibirlos, son susceptibles a la recuperación por parte del Estado.
7. SI USTED CAMBIA LA VIVIENDA, por favor de informarnos de su nueva dirección para que correspondencia importante acerca de su aplicación y la asociación le lleguen sin tardanza. Nos debe también informar si consigue seguro de enfermedad de otra fuente tal como cuidado Médico, o si su empleador ofrece seguro de enfermedad que sea de su alcance.
8. El Estatus migratorio de no-ciudadanos que soliciten (HIP) es susceptible a la comprobación por la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (CIS). Los inmigrantes indocumentados y los residentes permanentes que todavía no han vivido en los EE.UU. durante 5 años no son elegibles para beneficios completos de (HIP). El Plan (HIP) no reporta inmigrantes indocumentados al Servicio de inmigración.
9. Usted esta requerido a asignar sus derechos médicos. Esto incluye los derechos al apoyo y el pago médicos para algún cuidado médico que usted tiene a favor de usted mismo o sus niños que reciben Healthwise/Seguro MEDICO de Hoosier. Si usted no hace esto, su aplicación será negada.
10. Si usted cree que ha sido discriminado y desea presentar una denuncia, usted puede hacerlo así contactando el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Director Regional, la Región V, la Oficina para Derechos Civiles, 233 N. Michigan Avda., la Serie 240, Chicago, Illinois, 60601. Usted puede llamar la Oficina Regional al numero de teléfono (800) 368-1019 o, para la Llamada de TDD, (800) 537-7697.

